

# ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

## Kundendaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ Pflegekasse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel von max. 40 EUR pro Monat:**  
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages (40 EUR) nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Preis	Position	Ankreuzen	Menge	Von der Pflegekasse auszufüllen. Genehmigt
Bettschutzunterlagen Einmalgebrauch (30 Stück)	12,90 €	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe (100 Stück)	7,18 €	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Mundschutz (50 Stück)	7,18 €	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schutzschürzen Einmalgebrauch (50 Stück)	13,34 €	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schutzschürzen wiederverwendbar (1 Stück)	26,65 €	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Händedesinfektionsmittel (500 ml)	8,21 €	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel (500 ml)	6,16 €	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Zusätzlich beantrage ich Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 % soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Preis	Position	Ankreuzen	Menge	Genehmigt
Bettschutzunterlagen wiederverwendbar (1 Stück) / 2 Stück pro Jahr beantragbar	26,16 €	51.40.01.4	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.



Bitte hier unterschreiben

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

(Datum)  
(IK der Pflegekasse, Stempel)

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse Von der Pflegekasse auszufüllen

- PG 54 bis zu 40,00 € monatlich
- PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

**Mitschke Sanitätshaus GmbH**  
Werner-von-Siemens-Str. 6  
33334 Gütersloh

IK 330570750

Telefon 05241 4001-0  
Fax 05241 4001-200

info@mitschke24.de  
www.mitschke24.de

Sparkasse Gütersloh  
IBAN DE14 4785 0065 0000 0254 88

Volksbank Bielefeld-Gütersloh eG  
IBAN DE66 4786 0125 0029 0976 00

Geschäftsführer Matthias Mitschke  
Geschäftsführer Ferdinand Mitschke

USt.-Id.Nr. DE 224097758  
Amtsgericht Gütersloh HRB 4287